

MODULO DI REGISTRAZIONE
AREA RISERVATA PER PROFESSIONISTI
(da inviare via fax al n° 0586 201431)

DATI DEL RICHIEDENTE

Nominativo: _____

Titolo professionale: _____

Partita IVA: _____

Indirizzo: _____ **CAP:** _____

Città: _____ **Provincia** _____

E-mail: _____

Telefono: _____ **Fax:** _____

Data _____

Firma e Timbro